

## —原著—

がん合併妊娠患者と家族を支援する看護師の役割  
—がんの治療方針を巡る意思決定を支える—

堀 理江

## 抄 録

がん合併妊娠患者と家族の、がんの治療方針に関する意思決定を巡る看護師の役割を明らかにすることを目的に、がん合併妊娠患者の意思決定を支援した経験のあるがん看護専門看護師2名、乳がん看護認定看護師2名、計4名の看護師を対象にインタビューガイドを用いた半構成的面接を実施した。その結果、がん合併妊娠患者および家族のがんの治療方針に関わる意思決定支援における看護師の役割として、【現状認識し、手探りで対応する】【患者・家族の反応を探る】【患者・家族との信頼関係を構築する】【多職種での検討内容・思いを把握する】【患者・家族へ情報を提供する】【患者・家族間の調整の必要性を認識する】【患者・家族の意思を引き出す】【患者・家族と医療者の間をつなぐ】【葛藤しながら意思を再確認する】【意思決定が継続できるよう支援する】の10のカテゴリーが明らかになった。看護師は、不確かな状況での意思決定支援、多職種に関わる状況での意思決定支援を、葛藤を抱えながら行っていることが明らかになり、調整役として非常に重要な役割を担っていることが分かった。

## Abstract

The purpose of this study is to identify the roles of nurses who support pregnant cancer patients and their family to make cancer treatment decisions. Semi-structured interviews were carried out for 2 Oncology Certified Nurse Specialists and 2 Certified Nurses of Breast Cancer Nursing by using the interview guide. Ten roles of nurses were identified from the interviews: “recognize present situations and handle situations through trial and error”, “elicit responses from patients and their family”, “build rapport with patients and their family”, “understand considerations and perspectives of each healthcare discipline”, “provide information to patients and their family”, “recognize the needs of coordinating between patients and their family”, “connect patients and their family with other healthcare professionals”, “elicit wishes from patients and their family”, “reconfirm patients’ decisions while experiencing struggles”, “provide support to help decisions to be implemented continuously”.

キーワード：がん合併妊娠、意思決定、意思決定支援

Key words : cancer with pregnancy, decision-making, decision support

## I. はじめに

我が国において、がんは死因の第一位であり、男女ともに高齢になるほど罹患率・死亡率ともに高くなっている<sup>1)</sup>。高齢者のがん罹患、がんによる死亡が増加する一方で、近年は、20-65歳の働く世代のがん患者が増加し、第2期がん対策基本推進計画において、新たに取組むべき課題として、「働く世代や小児へのがん対策の充実」を掲げている<sup>2)</sup>。諸外国においても同様の状況であり、アメリカではNational Comprehensive Cancer Network (NCCN) が、思春期・若年成人 (Adolescent

and Young Adult : AYA) を15-39歳と定義している。AYA世代のがん患者には多くの課題があり、就業、育児などの問題とともに、がんの治療によって、神経・心・肺毒性、性機能障害、妊孕性低下などの晩期合併症をもつリスクの高さがあることが明らかになっている<sup>3, 4)</sup>。NCCNが定めたAYAガイドライン<sup>5)</sup>では、AYAがん患者の包括的アセスメントとして、社会心理的アセスメントと遺伝的素因に関するアセスメントとともに、年齢相応のがんに関する情報提供や妊孕性に関する情報提供を行うよう記されている。妊孕性の問題に関連して、若年性がん患者は、妊娠・出産が可能な年齢であり、まれではあるが、がんに合併して妊娠するケースが増加しつつある。がん合併妊娠患者は、「自身の生命のためには治療を受けたい」という思いと「治療を諦めてでも子ど

---

Rie Hori

関西福祉大学看護学部

もを産みたい」という非常に大きな葛藤を伴う選択に迫られる。さらに、選択するまでの期間には制限があり、パートナーや家族の思いが交錯する中で、自身の思いも大きく揺れる体験をしていることが推測される。我が国では、がん合併妊娠のがんの部位としては、子宮頸がんが最も多く、次いで乳がん、その他の部位のがんである<sup>6)</sup>。妊娠中のがん治療は可能ではあるが、妊娠周期、病期、細胞型によって、使用できない化学療法の薬剤があったり、放射線療法やホルモン療法は行えなかったりする<sup>7)</sup>。妊娠中のがんの治療法の選択としては、①妊娠中に手術や化学療法を行う、②治療せずに出産し、出産後に治療を始める、③帝王切開などで早めに出産し、出産後に治療を始める、④中絶しがんの治療に専念するなどがあるが、治療に使用する薬剤や出産時期などを含めると個別に対応していく必要がある<sup>8)</sup>。

選択肢が複数ある意思決定に関しては、Minds診療ガイドライン作成マニュアルによると、「エビデンス以外に、益と害のバランス、コストや負担、患者の価値観・希望等を検討して推奨を決めること<sup>9)</sup>」とされており、がん患者の治療方法の選択における意思決定のプロセスでは、延命、症状の緩和、安全などの益と、身体への副作用、治療方法、通院負担、心理的負担、コストなどの害に、患者・家族の価値観などを併せて決定することが重要である。特に、がん合併妊娠患者の治療方法に関しては、産婦人科医、治療担当医、看護師、助産師など様々な職種の考え方を調整しながら選択する必要がある。

がん合併妊娠患者のがんの治療過程における意思決定では、治療方法や治療継続についての患者・家族の意思決定に関する研究があり<sup>10) 11) 12)</sup>、いずれの場合も、患者・家族の益と害、意思決定に関わる人の価値観を併せて意思決定している。がん合併妊娠患者が治療に関する意思決定を行う場合、患者自身の命と胎児の命を天秤にかけることになり、患者・家族はそれぞれの立場で大きな葛藤を抱え、非常に複雑な意思決定の過程となることが予測される。しかし、がん合併妊娠患者の意思決定をどう支えるかといった視点に立った研究は見当たらない。

そこで、本研究では、がん合併妊娠患者と家族の、がんの治療方針に関する意思決定における看護師の役割を明らかにすることを目的とした。

がんの若年化、他疾患とがんの合併、晩婚化・出産の高齢化が進む昨今、がんに合併した妊娠も増加しつつある。がん合併妊娠患者に関わった看護師は、その時々で困難を感じながらも、患者に継続的に関われない、相談相手がいけない場合があることが推察される。また、がん

合併妊娠患者に関わった産婦人科医、治療担当医も、乳がん合併妊娠についてはガイドラインが制定されてはいるがものの、治療のエビデンスが乏しい状況での情報提供や治療方針の決定に課題を抱えていることも推測される。がん合併妊娠患者と家族の、がんの治療方針に関する意思決定における看護師の役割を明らかにすることは、がん合併妊娠患者の意思決定を支える指針となり得ると考える。

## II. 用語の定義

がん合併妊娠患者:妊娠中にがんと診断された患者、あるいは、がんと診断され治療が必要な時期に妊娠が明らかになった患者。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

がん合併妊娠患者の意思決定支援についての研究は、上述したようにほとんどなされておらず、がん合併妊娠のがんの治療方針決定のプロセスは、妊娠週数やがんの種類によって治療法が異なり、個別性が高い。そのため、本研究では、半構成的面接による質的記述的研究方法を用いる。

### 2. 研究協力者

研究協力者は、がん合併妊娠患者のがんの治療方針に関する意思決定を支援した経験のある看護師とする。看護師は、がん診療連携拠点病院のうち、産婦人科が設置されている病院において、がん合併妊娠患者のがんの治療方針に関する意思決定に関わった経験がある、がん看護専門看護師（以下、「がん看護CNS」とする）、がん化学療法看護・乳がん看護認定看護師（以下、「がん化学療法・乳がん看護CN」とする）のうち、研究に同意の得られた看護師5名程度とする。がん合併妊娠患者の条件として、終末期患者は除いた。

### 3. データ収集方法

研究協力者のリクルート方法は、日本看護協会HP、あるいは産婦人科が設置されている、がん診療連携拠点病院のHPで確認が可能な、がん看護CNS、がん化学療法・乳がん看護CNにアクセスし、がん合併妊娠患者を援助した経験が本人あるいは知り合いの看護師にあるかどうかを確認し、研究協力を依頼した。

研究協力が得られた看護師を対象に、2015年7月から2016年12月に、研究者が作成したインタビューガイドを

用いて、研究協力者が所属する病院内のプライバシーが保護できる個室で、半構成的面接を1～2回行った。1回の面接時間は60分程度とし、面接内容は、研究協力者の同意を得て、ICレコーダを使用して録音した。面接では、がん合併妊娠患者の先行研究を参考に、文献検討に基づいて、患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族の様子、他の医療者との関わり、患者を支援する上での課題、患者を支援する上で看護師が担うべき役割について質問した。

#### 4. データ分析方法

データは、がん合併妊娠患者のがんの治療方針に関する意思決定を支えた部分を抜き出しコードとした。その際、看護師が、主治医や産婦人科医、助産師などと情報や感情を共有している部分にも着目した。コードは、類似したものを集め意味内容を抽象化することでサブカテゴリーとし、さらに同様の手順でカテゴリーを抽出した。カテゴリーを類似性に沿って集め、看護師の役割を抽出した。

なお、カテゴリー、サブカテゴリー抽出過程では、質

的研究に精通した がん看護学領域の専門家のスーパーバイズを受けることで、分析の信頼性の確保に努めた。

#### 5. 倫理的配慮

研究協力者に、研究への協力は自由意思であり、途中辞退も可能であること、希望者への研究結果の送付、プライバシー・匿名性・機密保持に留意することについて、文書を用いて口頭で説明し、同意を得た。

本研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて実施した。

### IV. 結果

#### 1. 研究協力者

研究協力者、事例の概要は表1に示す。研究協力者は、がん看護CNS2名、乳がん看護CN2名であった。4名全員が、がん診療連携拠点病院に所属しており、配置はがん相談支援センター2名、外来2名であった。事例のがんの種別は、乳がん3事例、悪性リンパ腫1事例であった。がん合併妊娠だと診断された時点での妊娠週数は11週から35週と様々で、実施した治療も事例ごとに

表1 研究協力者と事例の概要

事例		A	B	C	D
研究協力者	年代	50歳代	40歳代	50歳代	40歳代
	看護師経験年数(年)	30	25	30	20
	有している資格	乳がん看護認定看護師	がん看護専門看護師	乳がん看護認定看護師	がん看護専門看護師・がん化学療法看護認定看護師
	所属部署(診療科)	外来(乳腺外科)	がん相談支援センター	外来(乳腺外科)	がん相談支援センター
	面接時間(分) 1回目・2回目	78・20	67・—	64・—	46・—
事例の患者・家族	疾患	乳がん(HER2陽性)	乳がん(トリプルネガティブ)	乳がん(トリプルネガティブ)	悪性リンパ腫(びまん性大細胞性)
	年代/同居家族	20歳代/夫	30歳代/夫	30歳代/夫、子	30歳代/夫
	がん合併妊娠が分かった経緯	乳房のしこりが気になり、乳がん検診受診。要精密検査となり、乳腺クリニック受診時に妊娠の可能性があった。クリニックで乳がんの診断を受け、クリニックから総合病院を紹介された。	妊娠4か月頃、腋窩の異変に気づきクリニック受診、妊娠に伴う変化であり、がんではないと説明される。本人の希望でB病院受診し、乳がんの診断を受ける。	乳がんの家族歴があり、妊娠中、乳房の腫瘍に本人が気づく。受診していた産婦人科クリニックで異常を訴えるが、妊娠に伴う変化であり、がんではないと説明される。本人の強い希望で他院受診し、乳がんの疑いあり、C病院で紹介受診となる。	妊娠初期より咳嗽あり、妊娠26週時に呼吸困難が出現し、近医受診、MRIにて縦隔腫瘍と診断される。D病院呼吸器外科に紹介され、組織診にて悪性リンパ腫と診断、血液内科の医師に紹介となる。
	がん合併妊娠診断後の経過	初診時妊娠11週、挙児を希望する。妊娠19週でAC療法開始、3週ごとに4コースを終えて、妊娠32週で乳房温存術、センチネルリンパ節生検施行。39週で陣痛誘発剤を使用し経膈分娩。	初診時妊娠7か月。乳がんの進行が速く、8か月で出産した後、化学療法、乳房温存術を施行。	初診時妊娠35週3日、腫瘍径12cm。妊娠34週以降は化学療法をせず出産後の化学療法が安全であると乳腺外科医が判断し、陣痛誘発剤を使用し出産、その後化学療法を開始した。	初診時妊娠28週、縦隔腫瘍の急激な増大により呼吸困難の症状が悪化しており、ステロイド剤を使用し、妊娠30週で帝王切開にて出産。出産後、化学療法を開始した。



異なっていたが、いずれも帝王切開や陣痛誘発剤使用、あるいは自然分娩によって出産していた。

## 2. 看護師の役割

がん合併妊娠患者および家族のがんの治療方針に関わる意思決定支援における看護師の役割として、【現状認識し、手探りで対応する】【患者・家族の反応を探る】【患者・家族との信頼関係を構築する】【多職種での検討内容・思いを把握する】【患者・家族へ情報を提供する】【患者・家族間の調整の必要性を認識する】【患者・家族の意思を引き出す】【患者・家族と医療者の間をつなぐ】【葛藤しながら意思を再確認する】【意思決定が継続できるよう支援する】の10のカテゴリーがあった(表2)。なお、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、研究協力者の語りは「 」で表記する。

### 1) 【現状認識し、手探りで対応する】

がん合併妊娠患者が受診することが分かり、対応が困難なことが予測される中、状況を正しく認識し手探りで

対応することを示す。

〈患者についての情報を医療者間で共有する〉は、「(産婦人科に電話で)『今日、こういう(がん合併妊娠の)方が行かれるので、もし何か言ったら、こちらにお願いします』っていうのを最初に言ったり、それで助産師の方と連携が取れたみたいで、定期的に関わってくれてました」と、患者について得た情報を事前に主治医や助産師に知らせていた。

〈戸惑いながらも手探りで患者への対応を始める〉は、「結局患者さんがどうしたいかを引き出すしかないのかなっていうところは、答えだろうなとは思んですけど、まだまだ自分自身のそういったがん妊娠合併とかの患者さんに対する知識とか多分経験もないので、とても迷ってた気はします」。「がんで妊娠合併されてる人は、がんになったこともだし、自分が母親だし、でも妻でもあり、娘でもありっていう今回のケースで、私、見たことないんですよ、そういう衝撃の、泣き叫ぶっていう時に、本当にどう支えていくか、それは言葉ではなくって

表2 がん合併妊娠患者と家族のがんの治療方針に関する意思決定支援における看護師の役割

カテゴリー	サブカテゴリー
現状認識し、手探りで対応する	患者についての情報を医療者間で共有する 戸惑いながらも手探りで患者への対応を始める
患者・家族の反応を探る	がん合併妊娠を告げられた時の患者・家族の反応を観察する がん合併妊娠が分かった時の患者の受け止め状況を確認する
患者・家族との信頼関係を構築する	患者・家族が感情を表出できるよう関わる 患者と主治医が互いを思いやっていることに気づかせる 再発や死の不安を抱えているであろう患者・家族を気に懸ける 患者がいつでも相談できるよう環境を整える
多職種での検討内容・思いを把握する	治療の時期や内容を多職種で検討した内容を把握する 医療者同士で治療法や価値観を共有する
患者・家族へ情報を提供する	主治医が妊娠継続しながらの治療内容・時期と再発やがんの進行リスクについて説明した内容を把握する 医師の説明の補足・確認ができるものを提供する 医師の説明や思いが十分に伝わっていない場合は看護師が補足説明を行う 治療後の挙児希望についての把握と妊孕性に関する情報を提供する
患者・家族間の調整の必要性を認識する	がん合併妊娠についての理解や認識を確認する 患者・家族各々の、妊娠中の治療、出産後の治療に対する思いを捉える 家族の中での重要人物やフォローする必要がある人を見出す 夫婦の関係性と児への愛着を観察する
患者・家族の意思を引き出す	医療者の価値観に囚われず選択できるよう配慮する リスクを示した上で、患者・家族の選択に委ねる 妊娠継続・中絶についての意思決定を家族全員が一緒に検討できるよう、場をセッティングする
患者・家族と医療者の間をつなぐ	医療者の中での調整窓口となり関係性を築く役割を担う 患者・家族が意思決定に集中できる環境がアセスメントし調整する 患者自身が質問をし、さまざまな情報を統合していけるよう支援する 患者の思いや状況を医療者間で共有する 主治医と産婦人科医の役割と連携について把握する
葛藤しながら意思を再確認する	意思決定した内容について再確認する 妊娠継続と治療を待つことによる患者の生命のリスクについて熟考する
意思決定が継続できるよう支援する	がん治療が始まる前に、治療がスムーズに進むよう準備を整えるための情報提供、専門家との関係づくりをする がん合併していたとしても母親として子どもに対してできることを支援していく 患者の母親としての思いを尊重し支えたいと思う

寄り添うことだけなのかもしれん、それしかできなかったんですよ、実際に」と、今まで経験したことのない患者への対応に不安を抱きつつ、その瞬間にできることを実践していた。

## 2) 【患者・家族の反応を探る】

がん合併妊娠の診断を受け衝撃や悲しみを体験している患者・家族の反応を観察したり、受け止め状況を確認したりすることを示す。

〈がん合併妊娠を告げられた時の患者・家族の反応を観察する〉は、「旦那さんにしてみたら、お嫁さんのお母さんは乳がんで死んだ。妹さんも乳がんで抗がん剤でゲーゲー言っしんどそうだ。で『あなたの奥さん乳がんですよ』って言うから、旦那さんがすごくダメージを受けていることに（患者が）気づいている感じですね。自分もショックなんですけど」と、がん合併妊娠を告げられ、患者・家族がそれぞれの立場でどのような反応をしているか注意深く観察していた。〈がん合併妊娠が分かった時の患者の受け止め状況を確認する〉は、「（患者が）どういうところを医師に確認していくかっていうところ、少し見通しとして必要なところと…、今のお気持ちを確認したいというところで目的はそこにして面談に入ったという介入が初めてでした」と、がん合併妊娠と診断された患者の気持ちや覚悟を確認していた。

## 3) 【患者・家族との信頼関係を構築する】

今後の意思決定支援がスムーズに進むよう、患者・家族と良好な関係を構築することを示す。

〈患者・家族が感情を表出できるよう関わる〉は、「（夫に）『奥さんどうですか』とかって言ったら、『看護師さん、僕、顔こわばってます？』って、『うん、つらいよね』って。（夫は）『頑張っって、無理して笑わんといけんって自分で思っ取るんよ』って言われてたから、『いいよ、頑張らんでもいいよ。つらいんじゃないかね』ってから、『でも俺泣きそうなんですよ』って言って、何回も言われてたので『そうだね』って」と感情を共有していた。〈患者と主治医が互いを思いやっていることに気づかせる〉は、「『先生は常に気にされてて、こういうふうに専門（看護師）に繋いでくれるっていうことは、本当はあなたのことを大事に思ってるんですよ』って伝えと、そこからバツと涙が出るんです」「悪いことだけじゃなくて、『先生がこういうふうに介入してくださることは（患者は）とても嬉しく思われてる』とか（主治医に伝える）」と、主治医が患者を、時には患者が主治医を思いやっていることを伝えていた。〈再発や死の不安を抱えているであろう患者・家族を気に懸ける〉は、「病状が進んで

るのと、医療者としてすぐに見つけてあげられないという残念な経緯ではあったので、そこはすごくこちらの心痛っているのか、そういうところはあったし、ご本人もつらかったと思う」と、病状の進行によって予後への不安が高まっているであろう患者・家族を慮っていた。〈患者がいつでも相談できるよう環境を整える〉は、「『外来では常にご主人が一緒に、あまりご本人の気持ちとか不安とかいうのを、それほど話す人ではなかったの、治療の場が入院になるので、病棟の看護師さんの方から意図的にちょっと声をかけてもらえませんか』っていうのは頼んでいました」と、療養の場が外来、治療担当の診療科、出産する産婦人科など様々に変化する患者にとって、相談しやすい環境を整えていた。

## 4) 【多職種での検討内容・思いを把握する】

がん合併妊娠に関わる乳腺外科医、NICU（Neonatal Intensive Unit：新生児特定集中治療室）の医師、産婦人科医の間での検討内容や、それぞれの立場での思いを把握することを示す。

〈治療の時期や内容を多職種で検討した内容を把握する〉は、「（乳腺外科や産婦人科、NICUの医師合同のカンファレンスでは）できるだけ（胎児を母体のお腹で育てたい）って。ただ痛みが出だしたし。だから、やっぱり（がんが）進行してるから、赤ちゃんがどのぐらいの大きさだったとか、外に、NICUに。NICU自体は、たぶん出る大きさで、もうオッケーだと思うんですけど、できるだけってところがどのぐらいまでのタイムリミットがあるかっていうとこの協議があったと思うんですよ」と、関連する科の医師が集まり、胎児の状態やがんによる症状を合わせて検討している内容を把握していた。〈医療者同士で治療法や価値観を共有する〉は、「医師に、やっぱり治療方針が今後本当にどうなっていくのかとか、先生はどういうふうに思っているのかって言うのを確認したように思います」と、治療方針だけでなく、思いについても確認していた。

## 5) 【患者・家族へ情報を提供する】

患者・家族の医師の説明に関する理解の程度を把握する、あるいは補足したり、妊孕性に関する情報提供を示す。

〈主治医が妊娠継続しながらの治療内容・時期と再発やがんの進行リスクについて説明した内容を把握する〉は、「医師の方から事前に生検結果が出てたので、乳がんのタイプが分かっていたので、ホルモン療法が必要であると。今後の治療もだいたいこういうことかなという治療提示があったので、初期で堕胎も可能な時期だった

ので堕胎をしてすぐ治療を始めるか、妊娠を継続、妊娠初期なので化学療法も何もできないと、なので、堕胎をすればすぐに乳がんの治療ができる、妊娠を継続すると乳がんの治療が遅れるから、命への影響も分からない、どうしますかっていう話までをされたみたいです」と医師からの説明内容を把握していた。〈医師の説明の補足・確認ができるものを提供する〉は、「ご夫婦でしっかり勉強して来られてる感じはしましたね、ネットで、（看護師が）『もしネットを見るんだったらこのサイトがいいよ』っていうのも言ってたのでちゃんとそのサイトを見て勉強してきたって言ってました」と、がんと妊娠に関わる複雑な説明内容であるため、後から確認できるサイトや資料の案内をしていた。〈医師の説明や思いが十分に伝わっていない場合は看護師が補足説明を行う〉は、「やっぱり（医師の説明の）治療の流れが分からないようで、スケジュール的なことの確認がありました。化学療法を何か月かしてその後出産してそうなるのかとか、そうなった場合どうなるのかとか」と、医師の説明を補足していた。また、「先生の言葉って、専門用語だったり、先生のそれぞれの言い方があったりして、一緒に面談に入っていると、この患者さんきつこういう風に受け止めてるなどか、理解してるなっていう風に思ってる場所は、やはりその後で、『先生はこういう思いであなたのことを今こういうふうに説明したのよ』って、その後でちょっと補足がないと、すごいイメージで持って、持って帰るとまたそれが悪くなって、また人に伝えるとそれがもっとどんどん（悪く）なって、こんな感じになってしまうので、早い段階で理解の修正って言うんですかね、それをしてあげないといけないなと思います」と、医師の思いが正しく患者に伝わるように補足していた。〈治療後の育児希望についての把握と妊孕性に関する情報を提供する〉は、「旦那さんとも何回か話をして、妊孕性のことも話をしているんです。ご本人に直接言うか迷ったので、先生が『難しい』っていうのはご本人の前では言ってくださったんですけど、少しこれから治療を続けていく上で、『やっぱり第二子は難しいですよ』って（看護師から本人に伝えていた）」と、がんの治療により妊孕性にも影響があるため、妊孕性について情報提供していた。

#### 6) 【患者・家族間の調整の必要性を認識する】

患者と家族で妊娠継続や中絶、治療方針についてそれぞれの思いがあり、その調整の必要性を認識することを示す。

〈がん合併妊娠についての理解や認識を確認する〉は、

「患者さんの認識としてはどうかっていうところは絶えず大事にしないと、ずれてたかっていうところは確認していく作業かなと思っているので、患者さんがどういふうに聞いてそれを認識されたかっていうところは患者さんの訴えから確認したと思います」と、医療者の説明と患者の理解や認識に齟齬がないか確認していた。〈患者・家族各々の、妊娠中の治療、出産後の治療に対する思いを捉える〉は、「お父さんお母さんは、どう言うんですかね、娘を助けてもらえるかっていうのがまず優先ですよ、旦那さんはご本人を助けてほしい、子どもを助けてほしい、でも本人さんは『赤ちゃんが』っていう、それぞれの立場で、こう、ね、なんか複雑ですよ」と、患者・家族のそれぞれの立場での思いを把握していた。〈家族の中での重要人物やフォローする必要がある人を見出す〉は、「本人さんは、どう言うんですかね、ほうっていか泣き崩れてるので、ご主人も『大丈夫です』とか言っても本当に泣いてるから、もう、お父さんが『言ってください、ちゃんと聞きます』っていうことで、お父さんに主に言われてましたけど、たぶん本人さんはほとんど聞いてないんじゃないかなと思う。で、お母さんは隣で泣かれてたので」と、混乱する状況の中で家族の中の誰に情報を伝えればよいかを判断していた。〈夫婦の関係性と児への愛着を観察する〉は、「ご主人もやっぱりすごいご本人さんのことを愛されていたので、（妊娠を）すごい喜ばれてた」と夫婦関係と妊娠への思いなどの児への愛着を観察していた。

#### 7) 【患者・家族の意思を引き出す】

患者・家族間の調整の必要性を認識した後、看護師が患者・家族が面と向かって互いの思いを語れるように調整したり、医療者の価値観が患者・家族の選択に影響しないよう配慮していたことを示す。

〈医療者の価値観に囚われず選択できるよう配慮する〉は、「もう祈るような気持ちで、何事もなく1ヶ月、週数が足りるまでいてくださいって思ったので、私としては十分可能性もあるし、生きていくためには（中絶して）治療を優先したほうがいいのかなんて言う気持ちはありましたけど、言葉には出しませんでしたね、やっぱり」と、中絶を優先する自分自身の価値観に気づきながらも、自身の価値観が患者・家族の意思決定に影響しないよう配慮していた。〈リスクを示した上で、患者・家族の選択に委ねる〉は、「ご主人の（産んで欲しいという）言葉の方を聞いて、ご主人の価値観に引っ張られると思ったから、そこからは自分（看護師自身）の気持ちはどうこうっていうよりも『本当に分かってるのか』っ



ていう感じの、説明でリスクをどうしても強調するような、選択してもいいけれども、このリスクを背負うことになるんだよ、それでもその選択をしますかっていう説明をしたと思います」と、リスクを強調するような説明をしながら患者の意思を確認していた。〈妊娠継続・中絶についての意思決定を家族全員が一緒に検討できるよう、場をセッティングする〉は、「誰と決めたいのかとか、誰と決めたい誰かが病院でちゃんと医師の説明を聞いているのか、患者さんが持って帰った情報を患者さんの口から提供して相談するのだとちょっと理解が正しくないこともあるので、そういう人がいたら同席してほしいなと思ってたんで、お二人とも同席はできていたので、そこはオッケーかな」と、非常に重要な選択だからこそ、意思決定に関わる患者・家族と一緒に説明を聞き、互いの意思を確認できるような環境を作っていた。

#### 8)【患者・家族と医療者の間をつなぐ】

さまざまな科の医師や看護師、薬剤師などの医療者間の調整や患者・家族と医療者間の調整を行うことを示す。〈医療者の中での調整窓口となり関係性を築く役割を担う〉は、「(初診時は医師のICに同席)してます。呼吸器外科が発端だったっていうこと、その後産科の医師の方にも妊娠の見通しのお話があったので、そこにも同席をして、血液内科の医師にも同席をしています。患者さん自身は質問の整理とかはしていく中でご質問はされてたなって」と全ての科の診察に同席し、患者に関わる医師との関係性を作っていた。〈患者・家族が意思決定に集中できる環境かアセスメントし調整する〉は、「子どもを産んでいくに当たってのこれまでの悲嘆作業、お母様を亡くしたこととか流産の経験があるっていうことですごく悲嘆を経験されているってところが心理面の関わりで大事なかなと思ったので産科のナースにお伝えした」と患者の心理状態をアセスメントし、産科の看護師に伝えていた。〈患者自身が質問をし、さまざまな情報を統合していけるよう支援する〉は、「いろいろ聞いてくることも情報を整理しながら、『その部分は薬剤師さんが専門だから後で聞こうね』とか、こっちの生活面とか、情報の理解とかは私のところで出来るなと思ったら、これはここの話ねとかいうのを、割と役割を明確にして渡していた」と、患者がさまざまな科で聞いて来る情報を整理し、誰に何を聞けばよいのかを一緒に考えていた。〈患者の思いや状況を医療者間で共有する〉は、「看護師の方が、乳腺外科医に言わないといけないこともあると思うんです。例えば患者さんの希望とか、こう思ってるんだとか、そのコーディネートするような役割

がやっぱり大きいのかなと思いますけれども」と、患者の希望や思いを主治医に伝えていた。〈主治医と産婦人科医の役割と連携について把握する〉は、「先生(産婦人科医)も30週くらいですれば呼吸機能はしっかりするだろうという見通しがあるということと、その上でリンパ腫の治療を急いだ方がいいのかどうかっていうところはやっぱり血液の先生にお聞きしていく必要があるだろうということ」と、主治医と産婦人科医がどのような連携を取り合っているかを把握していた。

#### 9)【葛藤しながら意思を再確認する】

胎児の命と患者の命の間で、どちらかを優先すれば何らかのリスクを背負うことに葛藤を抱きながら、患者の意思を再度確認することを示す。

〈意思決定した内容について再確認する〉は、「分かってるのかな。分かってて、分かってたらその(妊娠継続しながらの治療)選択しないよなっていう、そういう価値観が私にあったんだと思います。きっと、分かってたらそういう選択はしないでしょう。なんでそんなこと言うの、分かってないからじゃないってきつと思ったんだと思います。それで何回も言ったんだと思います。きつ」と、看護師の価値観と異なる選択をした患者に何度も意思の確認をしていた。〈妊娠継続と治療を待つことによる患者の生命のリスクについて熟考する〉は、「先生もなんかちょっとそこ曖昧ななっていうところは、これはナースとしての視点として思っていたので、30週まで待った方が子どもが産めるだろうっていう憶測と、本当に悪性リンパ腫としての進行とこの人の今後を考えた時に、本当に待つことがいいのか、そこの選択肢のディスカッションが薄かったような気はした」と、出産可能な時期まで治療を待つことが患者の予後に影響するのではないかと考えていた。

#### 10)【意思決定が継続できるよう支援する】

患者と家族の意思決定が継続できるよう、様々な調整をすることを示す。

〈がん治療が始まる前に、治療がスムーズに進むよう準備を整えるための情報提供、専門家との関係づくりをする〉は、「初めてのケースだったので、合同の勉強会を開いたんです。薬剤に関しては薬剤師さんに相談して、安全に使える、制吐剤とか、まだ使い始めて間がないようなものでも大丈夫なんかとか、ステロイドがどのくらい影響するんとか、その辺は薬剤師さんに頑張ってもらって調べてもらいました」と、化学療法が始まった際のことを予測して医療者間での知識の共有を行っていた。〈がん合併していたとしても母親として子どもに

対してできることを支援していく」は、「産科のナースは初乳をどうするかとかそういうところを大事にしている中で、抗がん剤の移行、乳汁への移行とかそういうのを予め知っておきたいという希望があったので、後は排泄ですね。投与されてから排泄される機序とか、その辺を確認しておきたいという風におっしゃられたので、乳汁への移行がどうかっていうことと、初乳をやっぱり母子の愛着ってところでどうしていくかっていうところを気になさっていたので、そこは治療面のところと産科の助産師さんが大事にする視点は共有した気はします」と、治療を開始しても母親として子どもにできることを事前に情報提供していた。〈患者の母親としての思いを尊重し支えたいと思う〉は、「今、リンパ腫が、血液・リンパのがんっていうことで治ればいいけど、縦隔ってところでちょっと厳しいなっていうところも何となく情報持っている中で、でも患者さん自身は『この子のために生きたい』っていうすごい望みをはっきり言葉にされていたのでそこを大事にしていくなきゃいけないかなと思いました」と、厳しい状況の中でも患者が子どものために生きたいと思っていることを大事にしていた。

## V. 考察

がん合併妊娠患者のがんの治療方針を巡る意思決定を支援する上で、治療の胎児への影響や治療を待つことによるがんの進行など、不確かな状況に迷い悩む看護師の姿が明らかになった。また、不確かな状況に迷いながらも、限られた時間の中で手探りで対応していること、葛藤しながら患者・家族を支えていることが明らかになった。

また、治療を担当する医師、産婦人科医のみでなく、薬剤師やNICUの医師が患者・家族に関わる中で、看護師は、まず医療者間での調整を行い、その後、患者・家族間の調整を行うことで、意思決定支援を行い、意思決定が継続できるよう支援していた。

### 1. 不確かな状況での意思決定支援

本研究では、【現状認識し、手探りで対応する】【葛藤しながら意思を再確認する】というカテゴリーが抽出された。看護師は、初めて出会うがん合併妊娠患者に最初は戸惑い、手探りで対応しながらも、胎児の命と患者の命の間で、そしてそれを取り巻く家族の思いの違いを肌で感じ、葛藤しながら意思決定支援を行っていた。

臨床では、未だエビデンスが確立していない治療法、最善の方法が分からない治療法がある。最善の方法が分

からない治療法や検査として、出生前診断や未破裂脳動脈瘤への対応が挙げられる。出生前診断では、検査を受けることや障害児に対する価値観の違い、妊娠継続や中絶の選択を行うことで抱く葛藤などがあり<sup>13) 14)</sup>、未破裂脳動脈瘤への対応では、破裂のリスクは小さくても破裂が起こった際、生命の危機は免れず、定期的な受診あるいは予防的手術を選択するかどうかが課題となる<sup>15)</sup>。このような場合の意思決定支援のプロセスとしては、医療者は「自分の好む」治療を一方的に行うのではなく、「医療者の持つ情報」と「患者の持つ情報を」を照らし合わせることで大きな意味を持つ<sup>16)</sup>とされている。本研究で見出された看護師の役割には〈がん合併妊娠についての理解や認識を確認する〉〈患者の思いや状況を医療者間で共有する〉など、患者・家族の思いや認識を丁寧に捉え、尊重しながら関わる役割があり、意思決定のプロセスを促進する重要な役割を担っていたことが明らかになった。

### 2. 多職種が関わる状況での意思決定支援

がん合併妊娠患者には、治療を担当する医師、産婦人科医、看護師、助産師、時には薬剤師や生殖医療を担当する医師、NICUの医師など多くの職種が関わっており、それぞれの職種の方針や価値観が交錯することが大きな特徴である。そういった状況の中、看護師は【患者・家族との信頼関係を構築する】【患者・家族と医療者の間をつなぐ】というコーディネーターとしての役割を担っていた。患者・家族が、多くの医療職者と関わりながら主体的に意思決定していけるよう、治療に関する情報や意思決定に伴うリスクについての情報を提供しつつコーディネートしていくプロセスは、共有型意思決定のプロセスと共通していた。共有型意思決定とは、最良の選択肢が不明確な状況で、意思決定に参加した2人以上の者が意思決定を共有することであり<sup>17) 18)</sup>、Kriston et alが示した9つのステップには、「意思決定の過程において、両者が対等なパートナーと認識する」「可能なすべての選択肢を同等のものとして述べる」「選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する」「医療者が患者の理解と期待を吟味する」などがある<sup>19)</sup>。本研究で明らかになった看護師の役割には、〈患者と主治医が互いの思いやっていることに気づかせる〉〈医療者の価値観に囚われず選択できるよう配慮する〉〈主治医が妊娠継続しながらの治療内容・時期と再発やがんの進行リスクについて説明した内容を把握する〉〈がん合併妊娠についての理解や認識を確認する〉があり、共有型意思決定



のステップに必要な要素が含まれていた。

## VI. 研究の限界と課題

本研究は、がん合併妊娠患者を支援した看護師にインタビューを行うことで、がん合併妊娠患者と家族の治療方針に関する意思決定を支援するための役割を明確化した。そのため、看護師の役割は明らかになったが、がんの治療と妊娠継続を天秤にかけるといふ葛藤の最中にいる患者・家族が、実際にどのような支援を求めているかは明らかにはなっていない。がん合併妊娠については患者数が少なく、病状や精神的側面からも患者・家族に直接関わることは倫理的な課題も多い。しかし、研究協力を看護師に限定せず、治療を担当した医師、産婦人科医に助けながら、さらにインタビューを重ねていくことで、がん合併妊娠患者・家族を支援する方法を多面的に模索することが課題である。

## VII. 結論

がん合併妊娠患者のがんの治療方針に関わる意思決定を支援する看護師は、初めての体験に戸惑い葛藤しながら【現状認識し、手探りで対応】し、【患者・家族の反応を探る】【患者・家族との信頼関係を構築する】【多職種での検討内容・思いを把握する】【患者・家族間の調整の必要性を認識する】【患者・家族と医療者の間をつなぐ】ことを通して、【患者・家族へ情報を提供する】【患者・家族の意思を引き出す】ことを行い、【意思決定が継続できるよう支援】していることが明らかになった。

## 謝辞

本研究の趣旨にご賛同くださり、貴重な体験をお話くださった研究協力者の皆さま、研究協力に当たりコーディネートして下さった皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は、JSPS科研費15K11649の助成を受けたものであり、The 20th East Asian Forum of Nursing Scholarsにおいて発表した。

## 文献

- 1) 独立行政法人がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス <http://ganjoho.jp/public/index.html>
- 2) 厚生労働省：がん対策基本推進計画（2012）[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_keikaku02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf)

- 3) 清水千佳子：AYA（adolescent and young adult）世代のがんの問題点と対策 若年成人がん患者の支援、癌と化学療法、44（1）、24-27、2017。
- 4) Zebrack B, Bleyer A, Albritton K, et al: Assessing the health care needs of adolescent and young adult cancer patients and survivors, Cancer, 107（12）、2915-2923、2006。
- 5) NCCN Guidelines for Patients® Adolescents and Young Adults with Cancer Patients, version1, 2017 : <https://www.nccn.org/patients/guidelines/aya/files/assets/basic-html/page-3.html>
- 6) 栗下昌弘：乳癌合併妊娠における乳房温存療法、日産婦関東連会誌、47、9-15、2010。
- 7) 高倉聡、茂木真、落合和徳：妊娠と腫瘍 その相互作用に与える影響、産科と婦人科、68、555-561、2001。
- 8) 谷口一郎、岩里桂太郎、谷脇信二、他：妊娠に合併した乳癌の取り扱い、日本乳癌検診学会誌、10（1）、35-42、2001。
- 9) 小島原典子、中山健夫、森實敏夫、他編：Minds 診療ガイドライン作成マニュアル ver2.0 公益財団法人日本医療機能評価機構。 [http://minds4jqhc.or.jp/minds/guideline/pdf/manual\\_all\\_2.0.pdf](http://minds4jqhc.or.jp/minds/guideline/pdf/manual_all_2.0.pdf)
- 10) 笹秀典、古谷健一、高橋明美、他：子宮頸部上皮内腫瘍合併妊婦の対応と予後、母性衛生、54巻2号、366-369、2013。
- 11) 石井ひろみ、福岡イツ子、久保田恵子、他：妊娠30週に子宮頸癌根治手術を施行した患者の看護、母性衛生、35（4）、292-296、1994。
- 12) 増澤祐子、森見子：乳がん患者の妊娠・出産の支援—看護職者への啓発リーフレット試作版の作成—聖路加看護学会誌、16（2）、25-32、2012。
- 13) 栗津文葉、米田昌代、曾山小織：出生前診断において胎児異常を告げられた女性の心理に関する文献的考察、石川看護雑誌、12、105-114、2015。
- 14) 渋谷えみ：出生前診断で胎児異常の診断を受けた母親に関わった助産師の体験—倫理的ジレンマの構造—、日本助産学会誌、26（1）、16-27、2012。
- 15) Tominari S. (2016) . Prediction Model for 3-Year Rupture Risk of Unruptured Cerebral Aneurysms in Japanese Patients (Thesis or Dissertation) . <https://repository.kulib.kyoto-u.ac.jp/dspace/bitstream/2433/215411/2/digak04092.pdf>
- 16) 中山健夫編：これから始める！シェアードデシジョ

- ンメイキング 新しい医療のコミュニケーション, 日本医事新報社, 2017.
- 17) 有田直子: Shared Decision Makingの概念分析: 小児看護へのShared Decision Makingの活用, 高知女子大学看護学会誌, 38 (1), 2-13, 2012.
- 18) Charles C, et al: Shared decision-making in the medical encounter. What does it mean? (or it takes at least two to tango) . Soc Sci Med, 44 (5) , 681-692, 1997.
- 19) Kriston L, Scholl I, Hözel L et al: The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) . Development and psychometric properties in a primary care sample, Patient Education and Counseling, 80 (1) ,94-99,2010.